

ISTITUTO COMPRENSIVO SOMMARIVA PERNO

Sommariva Perno

cnic818004@pec.istruzione.it

Comunicazione assenza per malattia

Cognome Nome Codice fiscale	Nome VALENTINA Cognome CONTRATTO C.F. CNTVNT86P61D205R E-mail valentina86.2002@libero.it
Il/La sottoscritto/a (indicare COGNOME e NOME)	Contratto Valentina
In qualità di	<input checked="" type="radio"/> Docente <input type="radio"/> ATA
con contratto di lavoro a tempo	<input type="radio"/> determinato <input checked="" type="radio"/> indeterminato
Se a tempo determinato indicare la scadenza del contratto	//
Sede di servizio (chi è in servizio su più sedi indicare la o le sedi in cui svolge servizio nei giorni richiesti)	<input type="checkbox"/> Infanzia di Sommariva Perno <input type="checkbox"/> Infanzia di Baldissero d'Alba <input type="checkbox"/> Infanzia di Corneliano d'Alba <input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria di Sommariva Pe <input checked="" type="checkbox"/> Primaria di Bal <input type="checkbox"/> Primaria di Cornel <input type="checkbox"/> Primaria di P <input type="checkbox"/> Secondaria di Somma <input type="checkbox"/> Secondaria di Corneliano d'Alba
Comunica la propria ASSENZA per MALATTIA per n° giorni:	1 giorno
Dal	23/10/2019
Al	23/10/2019
Recapito telefonico nei giorni di assenza:	3478797924
NOTE:	Allegherò il certificato che mi faranno all'ospedale durante la visita specialistica.
Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile al seguente indirizzo:	Durante la giornata di Mercoledì 23 sarò all'ospedale Sant'Anna di Torino. Il mio indirizzo è: Corso Luigi Einaudi 13. Cherasco

FIRMA ELETTRONICA SEMPLICE

Data 21/10/2019

Nome VALENTINA

Cognome CONTRATTO

C.F. CNTVNT86P61D205R

